Lane Medical Library

Beitrag zur Kenntnis der Muskelgummata.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit

Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Montag, den 17. März 1902

Vormittags 10 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Curt Technau

approb. Arzt

aus Elbing.

Opponenten:

Herr cand. med. Rüde.

Herr cand. med. Schaefer.

Greifswald.

Hans Adler, Buchdruckerei.

1902.

Gedruckt mit Genehmigung

der Medicinischen Fakultät der Universität Greifswald.

Prof. Dr. L. Landois, Dekan.

Referent: Herr Professor Dr. Bier

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0074

Unter allen Gewebsarten wird die willkürliche Muskulatur des Menschen entschieden am seltensten von Geschwulstbildungen ergriffen. Trotz dieser relativen Seltenheit sind die Muskelgeschwülste deshalb von grosser praktischer Bedeutung, weil sie zum grössten Teil aus Muskelgummata bestehen, diese der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten und daher oft zu einer falschen Therapie führen. Während früher fast alle, so werden auch jetzt noch sehr viele Gummata der Muskulatur nicht richtig erkannt und zur Exstirpation resp. Amputation in die Kliniken geschickt. So werden Gummata der Zungenmuskulatur, besonders erweichte und aufgebrochene für carcinoma linguae, solche des Sternocleidomastoideus, des triceps, quadriceps und peronaeus sehr oft für Sarcome eventuell für Actinomycose diagnosticirt, und deswegen wurden besonders in früherer Zeit viele entstellende und verstümmelnde Operationen zwecklos und ohne Erfolg ausgeführt, denn da man durch diese Operationen das Wesen der Krankheit nicht beeinflussen konnte, traten in immer kleineren Zwischenräumen Recidive auf, so dass man sich in den meisten Fällen mit der

Diagnose „inoperabler maligner Tumor“ begnügen musste, während eine richtige Diagnose auf Grund einer genauen Anamnese und objektiven Untersuchung in kurzer Zeit zu einer schnellen Heilung geführt hätte, ohne den Patienten einer gefährlichen Kur auszusetzen. Freilich ist die Diagnose in vielen Fällen sehr schwierig, manchmal fast unmöglich, da die Patienten oft teils aus Unkenntnis, teils aus Absicht die Infection leugnen, und da in diesem Falle uns sogar die mikroskopische Untersuchung, wie es weiter unten ausgeführt werden wird, im Stiche lässt. Es ist daher erklärlich, dass die wenigen genauen Beschreibungen der Muskelgummata und die Anregung zu ihrer Bekämpfnng meist von Chirurgen ausgingen, da diese Fälle eben durch Fehldiagnosen in chirurgische Behandlung gelangten. In den Lehrhüchern ist dieser Gegenstand bisher sehr wenig beachtet, und die meisten Autoren begnügen sich, einfach auf das Vorkommen der Muskelgummata hinzuweisen. In Frankreich war es vor allen Boisson der in dem „Tribut à la Chirurgie“ die Bedeutung der Muskelgummata eingehend würdigte, ferner Lagneau in seinem Werk „Über die venerischen Krankheiten.“ In Deutschland ist dieses Thema eigentlich nur wenig und in grossen Zwischenräumen behandelt worden, trotzdem besonders Langenbeck und v. Esmarch wiederholt bemüht waren, hierüber eine Discussion und Klärung der Ansichten herbeizuführen. Als Erster berichtet

Chelius im Jahre 1828 in den Heidelberger klinischen Annalen über eine ulcerirte Lippengeschwulst eines Syphilistischen, die durch Zittmanns Decoct geheilt wurde.

Im Jahre 1858 erschien Virchows Werk „Über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affection“ und im Jahre 1864 „Vorlesungen über krankhafte Geschwülste“, in denen er unter anderem auch die Muskelgummata genau beschreibt und besonders die Diagnose auf Grund des charakteristischen makroskopischen Aussehens auf Durchschnitten durch Muskelgummata befürwortet. — 1861 hatte ferner Senftleben, Langenbecks Assistent, in seinem Werk „Über Fibroide und Sarkome in chirurgisch-pathologischer Beziehung“ auf die Wichtigkeit der Diagnose hingewiesen, da mehrere der hierher gerechneten Fälle syphilitischer Natur, d. h. Muskelgummata gewesen wären. Seit dieser Zeit ist es vor allem das Verdienst v. Esmarchs, das Interesse der Chirurgen auf diesen Gegenstand gelenkt zu haben, indem er auf verschiedenen Congressen seine Erfahrungen auf diesem Gebiet mitteilte und Andere zur Beobachtung ähnlicher Fälle anregte. Auf dem 6. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie berichtete er über eine Reihe von geschwulstartigen Neubildungen, die man zum Teil durch eingreifende Operationen entfernt hatte, deren aetiologischer Zusammenhang mit Syphilis sich aber durch den Erfolg der Kuren, wie

aus anderen Gründen als höchstwahrscheinlich erwies. Auf dem 9. Congress 1880 berichtete Bernhard v. Langenbeck „Über Gummigeschwülste“, es gelang jedoch den vereinten Bemühungen v. Esmarchs und v. Langenbecks damals noch nicht, eine Discussion hierüber herbei zu führen. Dann sprach v. Esmarch auf dem 18. Congress 1899 wieder über diesen Gegenstand in dem weiter gefassten Vortrage „Über Aetiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste“ und endlich 1895 auf dem 24. Congresse. Auf demselben führte er auch die gleichlautenden Beobachtungen von Dr. Lange in New-York an. Er führte aus, dass er in früherer Zeit viele Operationen von Geschwülsten vorgenommen habe, die er nach seinen jetzigen Erfahrungen als sehr verdächtig für Muskelgummata halten müsse, und eine ganze Reihe von Fällen, die er teils anfangs für Sarcome gehalten und operiert, später als Muskelgummata diagnosticiert und geheilt habe, teils von Anfang an als Muskelgumma erkannt und durch eine energische antiluetische Kur zur Heilung gebracht hat. Er kommt zu dem Schluss, dass ihm als Muskelgummata verdächtig sind:

1. diejenigen Geschwülste, die sich bei Luetischen oder solchen zeigen, deren Eltern und Geschwister an Lues leiden;

2. alle Geschwülste, die sich in willkürlichen Muskeln entwickeln, besonders im Sternocleido-

mastoideus, den Muskeln der Bauchwand, des Rückens, der Beine und in den Zungenmuskeln;

3. diejenigen sarcomatösen Geschwülste, die nach einer Exstirpation in immer rascheren Zeitabschnitten recidivieren;

4. die Geschwülste, welche nach Gebrauch von Jodkali, Quecksilber und Zittmann kleiner werden und verschwinden;

5. auch die Geschwülste, welche nach dem Gebrauch von Arsen verschwinden;

6. die Geschwülste, die nach einem Anfall von Erysipelas verschwinden.

Diese letzte Erscheinung erklärt von Esmarch nach den Versuchen von William Coley, der die Muskelgummata mit Injectionen von Toxinen des Erysipelas-Streptococcus und des Bacillus prodigiosus heilte, derart, dass die Toxine dieser Erysipelcoccen die hypothetischen organisirten Erreger der Syphilis vernichten sollten. Nach ihm bringt le Dentu in Schmidts Jahrhüchern einen Fall von Gumma im Musc. peronaeus longus und brevis bei einem 40jährigen Arzte, der sich vor 4 Jahren bei der Geburt einer Luetica am Finger inficiert hatte und mit der selbstgestellten Diagnose Sarcom oder Fibrom zur Operation kam. Einige hierhier gehörige Fälle führt auch Honsell in Bruns „Beiträge zur Chirurgie“ in seiner Schrift „Beiträge zur Kenntnis der diffusen syphilitischen Muskelentzündung“ an. Ebenso haben darüber geschrieben von Bramann und Oster-

meyer, welch letzterer 2 Fälle von Gumma und Myositis luetica des Triceps und einen von Gumma und Myositis luet. des Masseter anführt, die durch entsprechende Behandlung vollständig geheilt wurden. Dr. Lange New-York hat mehrere Fälle von „Sarcom“ auf syphilistischer Basis gesehen, von denen er 3 genau beschreibt,

1. einen Tumor in den Flexoren des Oberschenkels, Infektion negirt, Schmierkur — Heilung.

2. Tumor der Wadenmuskulatur, bei dem an einigen Stellen Erweichung eingetreten war, Schmierkur, Jod — Heilung.

3. Geschwulst des Pectoralis maior bei einem jüngeren congenital luetischen Mann, bei dem auf eine Operation schnell ein Recidiv gefolgt war. Auch hier trat nach einer Schmierkur Heilung ein; ausserdem hat er mehrere Geschwülste operirt, die ihm nachher die Überzeugung gaben, dass es gummöse Bildungen waren.

Als ein sehr praegnantes Beispiel für die Schwierigkeiten der Diagnose und die Häufigkeit der Recidive sei ein von Esmarch berichteter Fall angeführt. 58jähriger Mann, der jede Infection leugnet und bei dem früher syphilitische Erkrankungen nicht nachzuweisen sind, hat eine Geschwulst der Wange, die als Sarcom diagnosticiert und exstirpirt wird. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein Spindelzellensarkom. Nach 8 Monaten Recidiv, daher Exstirpation mit Resection

eines Teils des Knochens. Nach 6 Monaten wieder ein Recidiv und operative Entfernung, nach 3 Monaten Recidiv, daher Exstirpation und Entfernung des Gelenkteils des Knochens. Nach 8 Monaten blumenkohlartige Wucherung, Exstirpation und Kauterisation, darauf nach 10 Tagen eine taubeneigrosse Geschwulst. Jetzt wird Jodkali angewandt als Resorbens, und zwar wird die Geschwulst damit bestreut, darauf ist sie nach 4 Wochen vollständig verschwunden. Nach 5 Monaten zeigt sich jedoch wieder ein haselnussgrosser Knoten und nun wird wegen der guten Wirkung des Jodkali die Diagnose Muskelgumma des Masseter gestellt, eine Schmierkur und Jodkali verordnet, worauf Heilung eintritt.

Endlich beschreibt Bier in seiner Schrift „Beiträge zur Kenntnis der Syphilome der äusseren Muskulatur“ 12 in der chirurgischen Klinik zu Kiel genau beobachtete Fälle von Muskelgumma. Hiervon gehören 4, also ein Drittel der angeführten Fälle, dem Sternocleidomastoideus an; diese sämtlichen Geschwülste gehen unter der Behandlung vollständig zurück. 6 weitere Fälle von Muskelgumma gehören den Extremitätenmuskeln an und zwar 4 der Muskulatur des Oberschenkels, 1 den Wadenmuskeln und 1 dem flexor carpiradialis, 5 von diesen 6 Fällen konnten als vollkommen geheilt, 1 als bedeutend gebessert entlassen werden. Die beiden letzten Fälle endlich fanden sich in der

Muskulatur des Rumpfes, das eine Gumma war im musc. rectus abdominis, das andere im musc. pectoralis maior. Hiervon wurde das erstere gebessert, das letztere erst bei der Section erkannt.

In Anbetracht der wenigen bisher genau beobachteten veröffentlichten Fälle von Muskelgumma dürfte es berechtigt erscheinen, 3 hierher gehörige Fälle zu beschreiben, von denen 2 in der chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald, 1 in der Privatklinik des Herrn Prof. Bier behandelt wurden.

I.

27. VI.—24. VIII. 1901.

Patient ist der 54 Jahre alte Tischler Heinrich B. Er hat im Jahre 1862 die Pocken überstanden und will seit dieser Zeit bis auf eine 1890 acquirirte Gonorrhoe stets gesund gewesen sein. Besonders wird eine luetische Infection negirt. Patient hat keine Kinder, seine Frau, die bei der Heirat 50 Jahre alt war, ist an Schlaganfall gestorben. Angeblich in Folge schwerer Arbeit bekam er am rechten Arm mehrere Geschwüre, die unter Jodoformbehandlung heilten. Im Oktober 1900 fanden sich wieder braune Flecken am rechten Arm ein, die auch wieder heilten, aber eine derbe Verdickung zurückliessen. Seitdem ist der Zustand unverändert.

Status: Mittelgrosser kräftiger Mann. Das untere Drittel des Triceps ist in einen handbreiten derben Tumor verwandelt, an dem die Haut an

mehreren braunrot verfärbten, zehnpfennigstückgrossen Stellen anhaftet. Der Tumor beweist seine Zugehörigkeit zu dem Muskel dadurch, dass er bei den Bewegungen im Ellbogengelenk mit dem Triceps mitgeht und andererseits vom Humerus deutlich abgrenzbar ist. Am linken Unterschenkel bemerkt man ferner 2 glatte, glänzendweisse Narben. Die Scrotalhaut ist stark verdünnt und weisslich. Weitere Anhaltspunkte für überstandene Lues sind nicht nachweisbar. Die Geschwulst im Oberarm lässt sich nicht genau abgrenzen, sie liegt anscheinend im Musculus triceps und hat die Cubitaldrüse mit ergriffen. Patient macht eine Schmierkur mit unguentum cinereum durch, wovon er vom 28. VI. bis zum 24. VIII. 240 gr verbraucht. Innerlich nimmt er während dieser Zeit im Ganzen 214 gr Jodnatrium. Beides wird gut vertragen. Schon nach der ersten Woche ist die zu Anfang beträchtliche diffuse Verhärtung in der Umgebung des Tumors geringer geworden, so dass dieser sich besser umgreifen und gegen die Umgebung abgrenzen lässt. Am Ende der vierten Woche ist die ganze Geschwulst bedeutend kleiner geworden, namentlich der auf die Cubitaldrüse übergreifende Teil derselben. Auch ist die Haut über der Geschwulst verschieblich und nur noch an den Narbenstellen mit der Unterlage verwachsen.

Der am 24. VIII. aufgenommene Entlassungsbefund ergiebt Folgendes: Sämtliche Bewegungen

im rechten Ellbogengelenk sind frei und unbehindert. Auf der Haut des Oberarms direkt über dem Olecranon, namentlich auf der Innenseite sieht man zahlreiche rotbraune pigmentierte, runde strahlige Narben, die mit der Unterlage nicht mehr verwachsen sind. Nur auf der Innenseite der Oberarmmitte sitzen mehrere von der Humerusmitte bis zum Condylus internus reichende Narben, bei deren Palpation man noch eine unregelmässige geringe Verdickung des Muskels wahrnimmt. Neben den schon im Status praesens angeführten Narben auf der Haut des übrigen Körpers findet sich nichts Besonderes. Innere Organe ohne sonstige nachgewiesene Veränderungen. Patient wird als geheilt entlassen.

II.

Patient ist der 59jährige Wilhelm W., Hausdiener. Aufgenommen in die hiesige chir. Klinik am 19. VIII., entlassen am 22. X. 01. Er hat einmal Nierenentzündung durchgemacht. Vor 1½ Jahren erkrankte er an Influenza, wonach sich Schwellung und Schmerzen im Ellbogengelenk einstellten, ebenso Schmerzen im Knie- und Schultergelenk. Gleichzeitig klagte er damals über Herzklopfen. Auf dem linken Ohr ist er taub. Luetische Infection wird zugegeben. Vor ungefähr 7—8 Wochen bekam er eine Schwellung am Winkel des linken Unterkiefers, die auf Druck schmerzt und ihn beim Öffnen des Mundes behindert. Auf Anraten

seines Arztes hat er sich zur weiteren Behandlung in die hiesige chir. Klinik begeben.

Status praesens: Mittelgrosser Mann von schwachem Knochenbau und in schlechtem Ernährungszustande. Am linken Kiefernwinkel besteht eine in den Musc. masseter übergehende, den Kieferwinkel nach unten überragende derbe taubeneigrosse Geschwulst, welche schmerzhaft und etwas beweglich ist. Bei Anspannung des Masseter wird die Geschwulst fester. Das Gesicht ist nach der linken Seite hin verzogen, das Mundöffnen ist sehr behindert, so dass zur Überwindung des Widerstandes ein Heister'sches Mundspeculum benutzt werden muss. Die Tonsillen und der weiche Gaumen zeigen weisse strahlige Narben. Am linken Radiusköpfchen befindet sich eine Anschwellung, welche schmerzhaft ist und die Grenzen des Radius nicht durchfühlen lässt. Am linken unteren Fibulaende ist ebenfalls eine Auftreibung, welche die gewöhnlichen Gruben und Furchen verstreichen lässt. Die Haut über der Anschwellung ist ziemlich prall. Auf der rechten Spina scapulae besteht eine links nicht sichtbare für eine Fingerkuppe Platz bietende Einsenkung. Patient macht eine Schmierkur von täglich 5 gr Ung. cin. durch und nimmt im Ganzen 214 gr Jodnatrium. 4. Sept. 01: Die Geschwulst des Masseter geht bei dieser Behandlung bedeutend zurück, der Mund kann weiter als zu Anfang geöffnet werden. 12. X.: das Befinden des Kranken

hat sich gebessert. Die Geschwulst am linken Unterkiefer ist bis auf einen etwa haselnussgrossen Rest verschwunden, die Schmerzen sind nur noch gering und treten ausschliesslich beim Kauen auf, in Ruhelage bestehen keine Beschwerden. Sonstige Klagen des Patienten sind noch Reissen in den Ohren, Anschwellung des Fussgelenkes und damit verbundene geringe Schmerzen. 22. X. 01: Allgemeinbefinden bei der Entlassung gut. Das Körpergewicht hat sich von 110 Pfd. auf 129 Pfd. gehoben, die Muskelgeschwulst ist bis auf eine sich über die Grenzen des Muskels nicht erhebende Verhärtung verschwunden. Die schmerzhaften Anschwellungen an Radius- und Fibulaepiphyse sind ebenfalls nicht mehr vorhanden. Patient glaubt bis auf das Tragen schwerer Lasten seine frühere Arbeit wieder aufnehmen zu können und wird als geheilt entlassen.

III.

Anamnese: Patientin ist die 51 jährige Frau H. aus St. Aus der Anamnese ergiebt sich nichts auf Lues verdächtiges. Bereits seit 15 Jahren besteht eine Schwellung unterhalb des rechten Ohres. Im Juli 1901 trat dazu eine faustgrosse Geschwulst in der Gegend des Kopfnickers. Als sie bemerkt wurde, hatte sie die Grösse einer Krachmandel. Da die Geschwulst sich rötete und in kurzer Zeit bedeutend anwuchs, wurde auswärts die Exstirpation des Tumors vorgenommen, und seitdem ist die

Wunde nicht wieder zugeheilt. Bald nach der Operation stellte sich jedoch ein Recidiv von beträchtlicher Grösse ein, welches für ein inoperables Sarcomrecidiv gehalten und mit Arsen behandelt wurde.

Die Kranke wird am 9. XII. aufgenommen.

Status praesens: Grosse, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande. An der rechten Halsseite befindet sich, dem Verlaufe des Musc. sternocleidomastoideus folgend, eine Geschwulst von etwa Gänseeigrösse, in deren Mitte eine Wunde, welche mit necrosischen Fetzen bedeckt ist. Die Haut sitzt auf der Unterlage fest und ist von der Geschwulst mit ergriffen. Die letztere scheint in erster Linie im Muskel zu sitzen. Der Kopfnicker ist stark narbig verkürzt und springt stark vor. Vor dem rechten Ohre befindet sich eine beinahe pflaumengrosse derbe Drüse. Die Behandlung besteht in 42 Einreibungen von je 5 gr Ung. cin. und Darreichung von 100 gr Kal. jodat.

Die Wunde schliesst sich mit einer tief eingezogenen Narbe, und grosse Muskel- und Sehnenfetzen stossen sich ab. Nach der Verheilung ist der Muskel stark narbig geschrumpft und springt als derber Strang vor, ohne dass dadurch ein caput obstipuum entstanden wäre. Die Geschwulst ist vollständig verschwunden, und Patientin wird als geheilt entlassen.

Die eben angeführten 3 Fälle können als typische Beispiele von Muskelgumma gelten, be-

sonders da die am häufigsten von Gumma befallenen Muskeln, der Sternocleidomastoideus, der Masseter und von den Extremitätenmuskeln der Triceps durch je einen Fall vertreten sind. Man beobachtet sie am häufigsten im tertiären Stadium der acquirirten Lues, wenngleich Mauriac und Neumann einige Fälle erwähnen, bei denen bereits nach 3, 4 und 5 Monaten nach der Infection Muskelsyphilome auftraten, und in der oben citirten Arbeit von Bier 2 Fälle beschrieben werden, bei denen zwischen Primäraffekt und Auftreten des Gumma 8 Monate, bezüglich 1 Jahr liegen. Ferner finden sich die Muskelgummata auch bei congenitaler Lues, besonders in den Jahren 16—20.

Dass von allen Muskeln vorzugsweise einige bestimmte Muskeln von dem Gumma befallen werden, hat vielleicht in Analogie der Knochengummata darin seinen Grund, dass wie besonders diejenigen Knochen an Gumma erkranken, welche, wie Tibia und Clavicula, äusseren Schädlichkeiten besonders oft ausgesetzt sind, so auch von den Muskeln mit Vorliebe der Sternocleidomastoideus, der Masseter und von Extremitätenmuskeln die Strecker des Oberarms und des Oberschenkels befallen werden, da diese wegen ihrer oberflächlichen und teilweise vorspringenden Lage leicht verletzt werden können. Oft geben die Patienten an, dass die Geschwulst im Anschluss an eine Überanstrengung und ähnliche äussere Einflusse entstanden sei, und dieser

Umstand ist auch leicht erklärlich, wenn man folgende drei von Bier angeführten Fälle berücksichtigt.

1. Ein Arzt, der sich luetisch inficiert hatte, litt infolge eines Unfalls beim Reiten an Hydrops des Knies. Er behandelte denselben durch eine energische einvierteljährige Knetkur, worauf sich in dem durch die Massage gereizten Musc. quadriceps eine Gumma entwickelte.

2. Ein Offizier, ebenfalls inficiert, fiel auf sein rechtes Bein und erlitt, wie man aus der Beschreibung seiner Beschwerden entnahm, eine Muskelzerreissung, bald darauf entstand bei ihm ein Gumma des Oberschenkels.

3. Bei einem Arbeiter entstand in Folge schwerer Arbeit eine strausseneigrosse Geschwulst des Oberschenkels, die als Muskelgumma erkannt und geheilt wurde.

Es scheint demnach, als ob ein luetisch Inficierter gegenüber äusseren Schädlichkeiten und vielleicht auch schwerer Arbeit gegenüber nicht dieselbe Widerstandsfähigkeit besitzt, wie ein Gesunder, und dass die Gummata, wenn sie auch nicht durch diese äusseren Einflüsse hervorgerufen werden, ihr Entstehen doch in den geschädigten Muskeln befördert wird. So wäre es wohl möglich, dass auch in unserm ersten Falle, wie Patient angiebt, nach schwerer Arbeit die Geschwulst im Triceps entstanden sei, da Patient bei seinem Tischlerhand-

werk die Streckmuskeln des rechten Armes besonders anstrengen muss.

Für die Muskulatur giebt es infolge ihrer Beweglichkeit eben andere Schädlichkeiten, als für die Knochen, darum sind nach Bier auch Muskelzerreissungen ebenso gut eine Veranlassungsursache für Muskelgummata, wie Virchow bewiesen hat, dass Lebergummata sich besonders gerne an den Einrissen und Blutungen entwickeln, welche das ligamentum suspensorium hepatis nicht selten erleidet.

Der Sitz des Muskelgumma ist entweder mitten in der Muskulatur, oder noch häufiger am Übergang des Muskels in die Sehnen und Fascien. Mauriac nimmt an, dass sich auch die bindegewebigen Teile der Knochen und Muskel an der Geschwulst beteiligen.

Als Beweis dieser Annahme sei der 3. von Bier veröffentlichte Fall angeführt. Bei einer 34jährigen Frau fand sich eine sehr harte Geschwulst an der rechten Seite des Halses, die der Clavicula aufsass und mit ihr verwachsen war. Wegen der ausserordentlichen Härte der Geschwulst und des Fehlens aller Symptome von Syphilis wurde zunächst die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Actinomycose“ gestellt und erst in zweiter Linie an Syphilom gedacht. Bei der Probeincision erkannte man jedoch die Geschwulst wegen des makroskopischen Aussehens und der darauf folgenden mikroscopischen Untersuchung als Syphilom, und es wurde

deshalb innerlich Jodkali verordnet. Unter dieser Behandlung verschwand die Geschwulst, ohne eine Spur zu hinterlassen, doch blieb auf dem inneren Drittel der Clavicula, wo die Geechwulst gesessen hätte, eine Rauhigkeit zurück. Ebenso sass in unserem ersten Falle das Muskelgumma am untern Übergang des Triceps in die Sehne und in Fall 2 die Geschwulst am Ansatze des Masseter an die Mandibula. Im dritten Falle allerdings mitten im Musculus sternocleidomastoideus. Von grossem Werte für die Diagnose ist in allen Fällen, in denen keine Zeichen überstandener Lues nachweisbar sind, das makroskopische Aussehen des Geschwulstdurchschnittes, das Virchow in seinem Werke „Die krankhaften Geschwülste“ folgendermassen beschrieben hat.

„Die gummöse Muskelentzündung hat für die chirurgische Geschwulstlehre fast unter allen Gummata die grösste Bedeutung, weil sie am leichtesten zu Verwechselungen Veranlassung giebt. Besonders die Mukeln der Oberextremitäten, des Nackens und Halses sind der Gefahr ausgesetzt. Die Gummigeschwülste werden hier zuweilen sehr gross, erreichen einen Durchmesser von mehreren Zollen, fühlen sich hart an und erscheinen auf Durchschnitten als rötlich weisse, rein weisse oder gelbweisse, leicht streifige, jedoch gewöhnlich nicht trockene Einlagerungen. . . . . Meiner Erfahrung nach sind es ausser der Anamnese und den conco-

mitirenden Erscheinungen hauptsächlich 2 Umstände, welche das Urteil leiten müssen. Einmal die meist gelblich werdende, durch die Neigung zu Fettmetamorphose bedingte Färbung der zwischen den Primitivbündeln des Muskels entwickelten Geschwulstmasse, welche trotz beträchtlicher Grösse doch immer nur den Habitus einer der Form des Muskels sich anschliessenden Anschwellung, als den einer selbstständigen für sich bestehenden Bildung besitzt; anderemal die besondere Häufigkeit des Vorkommens in langen Muskeln, namentlich an ihren Enden, wo sie sich an Knochen inseriren. Im letzteren Falle ist der Knochen selbst häufig erkrankt. . . . . Übrigens scheint es nach einigen Fällen, dass die Knoten auch erweichen und abscedieren können".

Soweit Virchow über das makroskopische Aussehen des Muskelgumma. Eigene Untersuchungen liessen die 3 angeführten Fälle nicht zu, weil in den beiden ersten Fällen sofort die Diagnose „Muskelgumma" gestellt wurde, und nach Einleitung der antisyphilitischen Kur Heilung erfolgte, während bei Fall 3, in welchem ausserhalb ein Exstirpationsversuch gemacht war, hier nur ein Recidiv und eine mit necrotischen Fetzen belegte Wunde constatirt werden konnte, die ebenfalls unter der entsprechenden Behandlung heilten. Über das mikroskopische Verhalten der Geschwulst lässt sich Virchow wie folgt aus:

„Die mikroscopische Untersuchung liefert eine

kleinzellige, überaus dichte Granulation des intramuskulären Bindegewebes mit frühzeitiger fettiger Degeneration, unter welcher letzteren die Zellen vollständig verschwinden, und nur eine feinkörnige, scheinbar strukturlose Masse zurückbleibt. Die späteren Stadien können daher allerdings den Eindruck einer amorphen Infiltration machen. Untersucht man dagegen in früherer Zeit, so trifft man eine überraschende Menge kleiner, meist runder einkerniger Zellen, wie in der ausgesprochenen Granulation. Dieses zellige Stadium dauert bei den Muskelgummata länger als vielleicht mit Ausnahme der Hirngeschwülste an irgend einer anderen Art von Gummigewächsen, und da zugleich der grosse Umfang dieser Bildungen sie den vollkommensten Geschwulstformen an die Seite stellt, so liegen Verwechselungen mit anderen Gewächsen, namentlich kleinzelligen Sarcomen, überaus nahe. Sidney Jones hat einige solche Fälle von den Schulter- und Armmuskeln beschrieben, welche in hohem Masse charakterisiert sind, und Senftleben (Archiv für klin. Chirurgie B. I. S. 107) hat auf die Ähnlichkeit mit Fibroiden sehr bestimmt hingewiesen.“ Als weiteren Beitrag für die eventuelle Vielgestaltigkeit des mikroscopischen Bildes und die Unsicherheit, die sich aus dem mikroskopischen Befunde allein ergeben könnte, sei auf Fall 8 in der erwähnten Arbeit von Bier hingewiesen, in dem die gleich nach der Probeexcision auf der chirurgischen Klinik und dem

pathologischen Institut zu Kiel vorgenommene Untersuchung eines Geschwulststückes ein aus lauter Spindelzellen bestehendes Gewebe ergab, also das Bild eines Spindelzellensarkoms. Während nun bei allen sonstigen zweifelhaften Geschwülsten die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag giebt, muss man in allen Fällen, in denen ein Gumma nur irgend wie in Frage kommen kann, dem makroskopischen Befunde den schliesslich entscheidenden Wert beimessen, wie es auch in diesem Falle geschah und wie es sich durch die einschlagende Therapie als richtig erwies.

Die Prognose ist bei allen frühzeitig erkannten Muskelgummata als direkt günstig zu bezeichnen, nur dürften die chronisch entstehenden und erst spät in Behandlung kommenden Gummata sich auch wesentlich anders gestalten, indem durch den langen Bestand des Gumma eine Myositis veranlasst wird, deren Heilung wiederum eine Beeinflussung des anatomischen Befundes und der Funktionstüchtigkeit des in klinischem Sinne geheilten Muskels bedingt.

Es ist demnach wünschenswert, bei dem relativ seltenen Vorkommen der Muskelgummata schon aus der Anamnese, den sonstigen Erscheinungen von Lues und den Praedilectionsstellen der Muskelgummata die Diagnose stellen zu können und die richtige Therapie einzuleiten. Sollten diese eben angeführten Merkmale im Stiche lassen, so dürfte

es ratsam sein, jeder eingreifenden Operation eine Probeincision voraufgehen zu lassen, um sich durch das beschriebene charakteristische makroscopische Bild vor Verwechselungen mit malignen Geschwülsten und den hieraus resultierenden chirurgischen Eingriffen zu bewahren.

Eine in besonders zweifelhaften Fällen eingeleitete antiluetische Kur dürfte gegebenenfalls wenigstens versuchsweise angebracht erscheinen, um so auch das letzte diagnostische Mittel versucht zu haben, selbst wenn der mikroscopische Befund die Diagnose Sacrom nahelegen sollte.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Bier, für die gütige Überlassung des Materials und die mir geleistete Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Bier: Beiträge zur Kenntnis der Syphilome der äusseren Muskulatur.

Honsell: „Beiträge zur Kenntnis der diffusen syphilitischen Muskelentzündung“ in Bruns „Beiträge zur Chirurgie“ B. 22, S. 503.

Esmarch in Langenbecks Archiv „Über Aetiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste“. B. 50, S. 647.

Centralblatt für Chirurgie 1888, S. 947.

Schmidts Jahrbücher 1891, S. 162.

Neumann in Nothnagels Handbuch.

Zeissl: „Über Syphilis“.

Senftleben: Archiv für klin. Chir. B. I, S. 107.

Senftleben: „Über Fibroide und Sarcome in chir.-path. Beziehung“.

Virchow: „Die krankhaften Geschwülste“. „Über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen.“

Boisson: Tribut à la Chirurgie.

Lewin: Charité-Annalen. Jahrgang 16, S. 753.

Ostermeier: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1892. 2. S. B.

v. Bramann: Berliner klin. Wochenschrift. 1889. No. 6.

Mauriac: „Annales de Dermatologie“.

Langenbeck: „Über Gummigeschwülste“.

Bruns: Handbuch der praktischen Chirurgie.

Israel: Prakt. der histol. Pathologie.

Lebenslauf.

Am 4. August 1877 wurde ich, Max Otto Curt Technau, evangel. Konfession, als Sohn des Rentiers Otto Technau und seiner Ehefrau Fernande geb. Scheffler zu Elbing, Kreis Elbing, geboren. Ich besuchte das dortige kgl. Gymnasium, das ich Ostern 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um Medicin zu studieren. Die ersten 5 Semester studierte ich in Greifswald, wo ich am Ende meines 4. Semesters die ärztliche Vorprüfung bestand. In meinem 6. Semester diente ich mein erstes halbes Jahr mit der Waffe bei dem Grenadier-Regiment König Friedrich Wilhelm I. (2. Ostpr. No. 3) und vollendete meine Studienzeit in Greifswald, wo ich am 12. Februar das Staatsexamen bestand.

In Greifswald besuchte ich die Vorlesungen der Herren Prof. Bonnet, Limpricht, Ballowitz, Schütt, Müller, Landois, Richarz, Mosler, Grawitz, Schulz, Krehl, Martin, Loeffler, Schirmer, Bier, Strübing, Busse, Peiper. In Königsberg die des Herrn Prof. Dr. Cohn.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sei an dieser Stelle mein tiefgefühltester Dank ausgesprochen.

Thesen.

I.

Bei den syphilis-verdächtigen Muskel-Geschwülsten ist die mikroskopische Untersuchung weniger ausschlaggebend als der klinische Befund.

II.

Von den Quecksilberkuren gegen Syphilis ist die Schmierkur die beste.

III.

Muskelgummata können bereits kurze Zeit nach der Infection auftreten.